【事例紹介】

●事例１

Tさん78歳、女性。要介護１。1型糖尿病。2013年に夫が他界後独居。長男は横浜在住。長女は市内に在住し、1～2回/週訪問あり。日曜日の礼拝や民生委員から勧められる、地域の催しなどに出かけるのを楽しみにしている。診療所へは自転車で来院。

連携機関：ケアマネ、訪問看護、訪問介護、薬局、長女、民生員、配食

2012年にK病院から転医。当院の糖尿病外来に通院。夫の他界頃から物忘れが増え、繰り返し同じことを聞く、同じ行動をするなどの状態が目立つ。不安感、興奮状態、怒りやすくなる。2014年2月脳MRIで認知症が疑われＫ病院に紹介したが、非認知症の範囲、独居による軽いうつ症状を呈する状態との診断だった。しかし、在宅では薬の管理が困難になってきたため、2014年3月訪問看護導入、さらに治療法変更のため4/10からＵ診療所に入院となった。その際自宅にあるインスリンや内服薬、血糖測定の物品など全てを娘さんにまとめてもらった。沢山の残薬と物品があり、自己管理ができていない事が分かった。

入院中も、服薬や注射したことを忘れてしまう言動があった。退院前カンファレンス実施しインシュリン管理もあり施設も検討したが、本人は**家に居たいと希望**。退院後は、日祭日を除いて毎日診療所に来てもらい、見守りで血糖測定、注射、内服をしてもらうこととした。週1回の訪問看護で頓服薬の確認や血糖の状態を確認。またヘルパーを導入し、安否確認も兼ねて日曜日の内服薬を持参してもらう事とした。祝祭日は訪問看護とヘルパーと娘さんのいずれかが対応できるよう、ケアマネが調整してくれていた。来院を忘れてしまう事もある。看護師が気付けない時は、事務スタッフが気付いて看護師に伝えてくれる。その時は、本人の携帯電話に連絡し、来院できていた。「毎日来るのは苦痛じゃない。一人だから心細くて毎日泣いている。ここに来るとみんなの顔が見られて安心する。」との言葉が聞かれていた。日々の診療所での血糖測定、注射、内服も一旦その場を離れるとすぐに忘れてしまい「注射お願いします」と処置室に戻ることもある。保険証や通帳を無くしてしまったと慌てている場面も何度もあった。2016年7月から小規模多機能施設「すみれ」を利用となる。ふたば診療所にインシュリンを打つために毎日のように通院した。その後、息子の意向で強制的に、精神病院に入院となった。

→糖尿病と認知症のある独居の高齢者を、本人の希望する自宅で過ごすために、地域で温かく見守ってもらい、毎日のようにふたばに通ってもらいインシュリンを打って在宅生活を支えた事例だった。

●事例2

Oさん、84歳、女性。夫と2人暮らし。長女が近所に住んでいるが本人が拒否しているため協力得られず。本人の妹は交流あり。趣味のレザークラフトを深め講師も務めていた。

関連機関：ケアマネ、デイケア、自治会長、地域包括センター、警察、民生委員

75歳時、アルツハイマー型認知症と診断される。見当識や判断力が低下し暴力的であったり、白髪染めを顔に塗ったりと行動が激しくなってきていた。

高血圧と認知症でK医院に通院していたが、受診拒否あり、残っていた薬を調子がいい時に内服させていた。動けるので1日に数回徘徊していて、ＧＰＳ機能の携帶電話で居場所を追跡。近所の人や警察にもお世話になっていた。服薬再開できればと、訪問診療希望され、H25年5月から開始となった。本人は医者嫌いなので市から来た巡回健康相談と称して訪問診察していた。血圧薬は粉末にして毎朝コーヒーに混ぜて飲ませていた。

徘徊がひどくなっており、対策をとるため8月21日地域ケア会議が施行された。（別紙参照）週3回のデイを4回に増やし、家の門に施錠をするなどの対策を行った。

デイでは、できることが少なくなってきていたが、洗濯物をたたんだり、午後には食事の買い出しに一緒にスタッフと出かけるなど役割を与えるような関わりをしていた。

H26年6月夫より｢トイレの使い方も分からなくなってしまい便こねもしてしまっている状態。雨の日でも外に出たがり午前、午後と散歩につきあっている。

自分はまだ運転もできるし体が動くのでなんとか対応できるが動けなくなった時にどうすればいいのか心配。動くうちはみてあげたい気持ちがあるがいずれ施設など、年金生活なのでお金の面も含め考えて行きたい。週4回のデイサービスの間は自分の時間が出来るのでありがたい。行ってくれるとほっとする。｣と話があった。月2回処方箋を取りに来た際に夫の訴えを傾聴し、不安が軽減できるよう関わった。

83歳の夫は家事と介護を行っていたがH30年7月、体調を崩し救急入院。その間、本人はショート入所したがADL低下あり8月特養入所となった。

11月に脳出血をおこし、その後はベッド上臥位、全介護（要介護5）で、精神不穏や周囲への迷惑行動も見られなくなった。当診療所は入居した特養の嘱託医であり、月1回回診を行っている。また特養の近くに住む夫は毎日のように特養に足を運び、面会に行っていて、ずっとふたば診療所と繋がっていられることを感謝されている。またふたば診療所で2か月に1回開催している、『介護家族のふたばカフェ』にも参加。次の開催を楽しみにしている。

→徘徊・拒否の強い認知症患者様とその家族を、患者家族が取り囲む事業所が、連絡・連携をとって自宅での介護を支えた事例だった。介護負担を強く感じている夫にとって、診療所の看護師に現状報告する機会は、頑張っている夫を支持し後押しになっていたと感じる。

フォームの始まり

**【地域ケア会議】**H25年8月21日

参加者：夫・医師・O自治会長・U自治会長・Aケアマネ

　　　　デイスタッフ・ふたば外来看護師

①ケアマネからの経過説明

→最近徘徊が酷くなっている。

②医師からの病状説明。

→血圧は落ち着いている。

　メマリー減量20ｍｇ→10ｍｇしている。

③看護師より追加説明。

→状況は金曜日の昼に時々処方箋をとりに来た際に

　夫から話を聞いて困った事や今の状態を聞いている。

　保清ができていない。（半年お風呂にはいれていない）

　夫の介護負担が大きい。（ショートの利用の検討）

④夫より生活状況報告。

→歩いたり景色をみたり、ドライブが好き。

　出かけてたくさん歩いても、忘れてしまい、また歩きたいという。

・物の使い方や認識ができないが、なるべくやらせるように声かけをしている。

⑤デイの看護師より。

→デイでの役割を与えるような関わりをしている。

　最近はできることが少なくなってきたが、洗濯物をたたんだり、

　午後には食事の買い出しに一緒にスタッフと出かけるようにしている。

・最近食欲が低下していて、3～4割くらいしか食べられない。

　食べたものをだしてしまう。

・デイでは穏やかに過ごされていて、徘徊はない。

⑥徘徊時の対応策。

・行方不明時にM町の妹と娘に電話連絡。

　ケアマネ・デイ・警察にも連絡。

・警察からタクシー会社に連絡してくれる。

・見えるところに名前と電話番号を書いておく。

・**門のところに鍵を付けたらどうか**。センサーを付けてはどうか。→今後対策を検討。

⑦包括

・サービスの見直しを。小規模多機能の利用はどうか。見学をしてはどうか。

※会議後の話合いで、デイを火・水・金+日曜日で週４回に。

時期をみてだが、自費のショートも活用してはどうか。フォームの終わり